

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO PELO VÍRUS VARICELLA-ZOSTER EM CRIANÇA

Simone Nascimento Fagundes SAMMOUR, Ígor Brum CURSI, Rosyane Rena de FREITAS, Tales Barbosa dos ANJOS, Ana Bely Kempff SAUCEDO, Narciso Francisco PAZINATTO, Aloísio GAMONAL
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF - Unidade de Nefrologia Pediátrica do Instituto da Criança HCFMUSP, SP - Departamento de Pediatria - HRPJ/FHEMIG

RESUMO

O vírus Varicela zoster é o agente etiológico de duas enfermidades distintas: a varicela e o herpes zoster. O Herpes zoster é raro na faixa etária pediátrica, com incidência predominante na sexta década de vida, após longo tempo da primoinfecção pela varicela. Relata-se um caso de varicela e herpes zoster simultâneo em uma criança de três anos de idade, com história prévia de contato domiciliar cerca de 15 dias antes com varicela e sem doença clínica até o surgimento das lesões pápulo-vesiculosas.

PALAVRAS-CHAVE

Varicela, Herpes zoster, Infância.

INTRODUÇÃO

O vírus Varicela zoster é o agente etiológico de duas enfermidades distintas: a varicela e o herpes zoster.¹⁴ A varicela é a primoinfecção em um hospedeiro susceptível, geralmente crianças. Posteriormente, o vírus torna-se latente em um gânglio sensitivo nervoso. Sua reativação dá lugar ao herpes zoster que se manifesta como uma erupção localizada em um dermatomo, sendo que sua máxima incidência se situa na sexta década de vida¹³. Herpes zoster na população infantil é raro^{7,10,12}, e herpes zoster concomitante com varicela nesta mesma população é mais raro ainda, não tendo a literatura casos suficientes para dispor de uma estatística.

Relatamos um caso de varicela e herpes zoster simultâneo em uma criança de três anos de idade, a qual mantivera contato prévio com varicela quinze dias antes do aparecimento das lesões variceliformes. Durante quadro de pneumonia, desenvolveu lesões herpetiformes concomitantes a lesões variceliformes de evolução benigna nas três enfermidades: varicela, herpes zoster e pneumonia.

RELATO DE CASO

Paciente, 3 anos, feminino, parda, eutrófica, iniciou quadro de dispnéia, evoluindo nas 12 horas subseqüentes com piora progressiva, sendo conduzida ao Pronto Atendimento Infantil (PAI) de Juiz de Fora, onde foi medicada com broncodilatador inalatório pela presença de estertores subcrepitanes difusos. Embora afebril, foi submetida à radiografia de tórax que evidenciou imagem de condensação paracardíaca direita (FIGURA 1). Em virtude do diagnóstico de pneumonia foi optado por internação no Hospital Regional Dr. João Penido de Juiz de Fora/FHEMIG e utilização de antimicrobiano e corticóide venoso. Houve melhora clínica significativa nos primeiros quatro dias, no entanto no quinto dia pela presença novamente de febre, cefaléia, optou-se por substituição de antimicrobiano.

Em 48 horas após troca do antibiótico, apresentou-se clinicamente bem, afebril, quando no 7º dia de internação surgiram lesões cutâneas pápulo-vesiculosas com base eritematosa não pruriginosas, pouco dolorosas, localizadas em região glútea bilateralmente acompanhando o trajeto do nervo (FIGURAS 2a, 2b). Em seguida, surgiram outras lesões papulosas, não dolorosas, pruriginosas acometendo difusamente tronco e membros superiores com polimorfismo regional e prurido. As lesões evoluíram posteriormente para as regiões do couro cabeludo, face, mucosa oral e genitália (FIGURA 3a, 3b, 3c). Na região glútea, as lesões eram unicamente vesiculosas, ligeiramente maiores e agrupadas acompanhando o trajeto de nervos cutâneos superficiais.

FIGURA 1

Imagem de condensação paracardíaca direita e infiltrado intersticial difuso

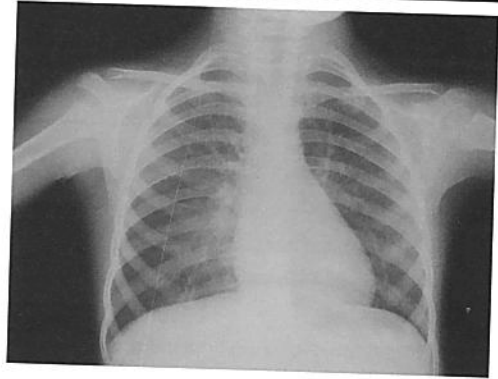


FIGURA 2

Lesões pápulo-vesiculosas em região glútea direita acompanhando trajeto do nervo



FIGURA 2B

Lesões pápulo-vesiculosas em região glútea esquerda acompanhando trajeto do nervo



FIGURA 3A

Lesões pápulo-vesiculosas difusas em tronco e membros superiores com polimorfismo regional

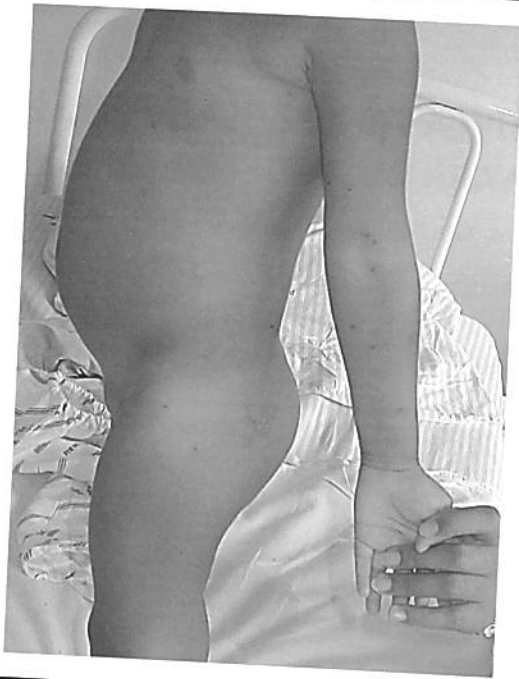


FIGURA 3B

Lesões pápulo-vesiculosas difusas em tronco e membros superiores com polimorfismo regional



FIGURA 3 C

Lesões pápulo-vesiculosas em mucosa e face com polimorfismo regional.



Como antecedente, a mãe relatou ser a criança nascida a termo sem intercorrências pré e perinatais, desenvolvimento neuro-psicomotor alimentação adequada, sem antecedentes patológicos como anemia falciforme e desnutrição protéico-calórica, vacinação em dia, com história de contato prévio da criança com varicela aproximadamente 15 dias antes do aparecimento das lesões, não sendo observada história clínica de varicela até este quadro.

Foi realizado, então, o diagnóstico clínico de varicela e herpes zoster concomitantes. A evolução do quadro foi favorável, sem complicações graves, não sendo necessário uso de aciclovir, com alta uma semana após o aparecimento do quadro de varicela e do herpes zoster, apresentando lesões em crosta e a pneumonia em resolução.

A criança foi encaminhada para acompanhamento com infectologista pediátrico para avaliação do estado imunitário, bem como pesquisa de infecção pelo HIV.

DISCUSSÃO

A varicela é uma enfermidade característica da infância, provocada pelo vírus varicela zoster (VZV) sendo que 50% dos casos afetam menores de 5 anos e 80 a 90% antes dos 15 anos. É altamente contagiosa, com transmissão por via aérea a partir dos sujeitos enfermos. O período de incubação encontra-se entre 12 e 16 dias. A presença de exantema característico, prurido e febrícula ajudam a estabelecer o diagnóstico.¹³

O herpes zoster é uma enfermidade rara na infância, sendo mais frequente em crianças imunocomprometidas. A presença de pródromos de dor no dermatomo afetado alguns dias antes da aparição do exantema vesiculoso característico é infrequente na infância, a diferença dos adultos. A neuralgia pós-herpética também é bastante rara em crianças, sendo mais frequente com o avançar da idade.¹⁵ A presença de febre também é incomum em crianças.⁴ Guess et al em uma revisão sobre 173 crianças com herpes zoster só descreveram a presença de febre em 4 pacientes (2%).⁵ A incidência de herpes zoster em crianças menores que 10 anos é de 0,74 casos por 1000 habitantes por ano.^{6,7,11,13} Os fatores de risco descritos são a aparição de varicela durante o primeiro ano de vida, antecedente de varicela durante a gestação ou nas 48 horas pós-parto e em imunodeprimidos.^{1,2,13}

O intervalo entre a varicela e o herpes zoster é geralmente de anos a décadas. Geralmente, o vírus atinge um gânglio sensitivo via nervosa durante a primoinfecção ou via hematogênica durante a viremia primária que acompanha a varicela.^{1,3,6}

Sua reativação posterior deve-se a uma diminuição da imunidade celular específica frente ao vírus, ocorrendo uma migração centrífuga via nervosa para a superfície epitelial do dermatomo correspondente. Um fator que desencadeia este processo é a imunodepressão. Nas pessoas imunocompetentes, não se conhece exatamente o mecanismo da reativação nem a duração da fase de latência.^{1,3,6,7}

A apresentação do herpes zoster na infância é muito rara, principalmente quando associada à varicela. Pozo e Vilella relataram um caso de uma criança de 6 anos que na primeira semana de diagnóstico de varicela apareceram vesículas agrupadas sobre base eritematosa, de distribuição bilateral e dermatômica, mais intensa no lado esquerdo do corpo. Interpretou-se como erupção inicial de herpes zoster.³ Turon et al publicaram o caso de uma criança de 14 meses que foi conduzida ao hospital por lesões vesículo-bolhosas, localizadas no dermatomo D3 à direita. Cinco dias antes teve o diagnóstico ambulatorial de varicela. Como antecedentes, a mãe referia a presença de irmãos acometidos por varicela no momento da consulta.¹³ Lau et al publicaram o primeiro caso relatado pela literatura de uma criança de 4 anos de idade com o diagnóstico de varicela associada ao herpes zoster.⁸

A literatura não dispõe de casos suficientes para que tenhamos uma incidência destas duas enfermidades acometendo sincronicamente uma criança. A raridade é um fato, sendo a imunossupressão o principal fator.^{7,9,10,12} No caso apresentado, a criança eutrófica estava no período de incubação da varicela, quando teve sua imunidade comprometida por pneumonia. A apresentação do herpes zoster foi secundária à imunodepressão em vigência do processo bacteriano pneumônico e uso de corticoterapia, não tendo a mesma recebido aciclovir durante a evolução. O contato prévio com vírus varicela zoster não propiciou a aquisição de títulos sorológicos protetores para varicela, possivelmente apenas uma primoinfecção para herpes zoster.⁹

É importante relatar que o uso da vacina contra varicela em mais tenra idade poderia minimizar a ocorrência clínica de varicela e herpes zoster e/ou suas complicações.

INTERESSE DO CASO

Raridade da associação de varicela e herpes zoster em criança de três anos de idade, com história de contato para varicela 15 dias antes do início do quadro.

SUMMARY

ATYPICAL APRESENTATION BY VARICELLA-ZOSTER VIRUS IN CHILDHOOD -

Varicella and herpes zoster (shingles) are separate clinical entities presently believed to be produced by an infection with a single viral agent, classified as herpesvirus varicellae. Varicella apparently results from contact of the nonimmune host with virus, whereas zoster is thought to be the result of infection in a partially immune host. Zoster is infrequent in child, occurring in adults after a long time after varicella. We present the case of a child with simultaneous varicella and herpes zoster 15 days after a household contact.

KEY WORDS

Varicella; Herpes zoster (shingles); Childhood



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BABA, K, YABUUCHI H, TAKASASHI M, OGRA PL. Increased Incidence of Herpes Zoster in Normal Children Infected with Varicella Zoster Virus During Infancy. *J. Pediatr* 1986; 108:372-7.
- 2 - BRUNELL PA. Fetal and Neonatal Varicella Zoster Infections. *Semin. Perinatol* 1983; 7:47-56.
- 3 - DEL POZO U, VILELLA J. Erupción zosteriforme en una niña durante una varicela en resolución. *Med. Cut. I.L.A.* Vol XVIII/1990; págs.151-153.
- 4 - ESCALERA GI, BLANCO MAR, OTERO GS, MORALES MM, PERISCAL U, NAVEIRO J. Limp as The Clinical Presentation of Herpes Zoster. *Na Pediatr* 2003; 58: 398-400.
- 5 - GUESS HA, BROUGHTON DD, MELTON LJ, KURLAND LT. Epidemiology of Herpes Zoster in children and adolescents: A Population-based study. *Pediatrics* 1985; 76:512-7.
- 6 - HOPE-SIMPSON RE. The nature of Herpes Zoster: a Long Term Study and a New Hypothesis. *Proc. R. Soc. Med.*1965; 58:9.
- 7 - KAKOUREOU T, TEODORIDOU M, MOSTROU G, SYRIOPOULOU, V, PAPADOGEOGAKI H, CONSTANTOPOULUS A. Herpes Zoster in Children. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:207-10.
- 8 - LAU BH, LIN MI, LIN HC. Herpes Zoster during Varicella. *Pediatr Infect Dis J.* 2001 Sep; 20(9): 915-6.
- 9 - GNANN JW JR. Varicella-zoster virus: atypical presentations and unusual complications. *J Infect Dis* 2002 Oct 15;186 Suppl 1:S91-8.
- 10 - PAPADOPOULOS A, BIMKRANT A, SCHWARTZ R, JANNIGER C. Childhood Herpes Zoster. *Cutis* 2001; 68: 21-3.
- 11 - SMITH CG, GLASER DA. Herpes Zoster in Childhood: Case Report and Review of the Literature. *Pediatric Dermatol* 1996; 13: 226-9.
- 12 - TEREDA K, KAWANO S, YOSHIHIRO K, MORITA T. Varicella-Zoster Virus (VZV) reactivation in related to the low response of VZV-specific immunity after chickenpox in infancy. *J Infect Dis* 1994; 169:650-652.
- 13 - TURON CG, BRAVO JB, RODRÍGUEZ JR, AGUILAR L, MECA R. Herpes Zóster en El Curso De Una Varicela. *Na Esp Pediatr.* 1998; 48:63-64.
- 14 - WHITLEY RJ. Varicella-Zoster Virus. En Gerald I MR, Gordon D Jr, Jonh EB: Principles and practice of Infectious Disease, 3rd ed. New York, Edinburgh, London, Melbourne: Churchill Livingstone, 1990; págs 1153-1159.
- 15 - WURZEL C, KAHAN J, HEITLER M, RUBIN L. Prognosis of Herpes Zoster in Healthy Children. *Am J Dis Child* 1986; 140: 477-8.